

Authorization#: _____ BCCHP#: _____

유방, 자궁경부 및 결장 건강 프로그램 동의서

프로그램에 대한 설명

유방, 자궁경부 및 결장 건강 프로그램(BCCHP)은 유방암, 자궁경부 암, 결장암 검진을 위해 의료서비스 제공자, 워싱턴 주 보건국(DOH), 미국 질병통제예방센터(CDC)가 공동으로 실시하는 프로그램입니다. 검진의 목적은 암을 가능한 한 초기에 발견하여 치료하거나 예방하기 위함입니다. 유방암 검진에는 유방 검사와 유방 조영상(Mammogram)이라고 하는 유방 엑스레이가 포함됩니다. 자궁경부 암 검진에는 골반내진과 자궁경부(자궁 입구)에서 세포를 채취하는 자궁경부질세포진(Pap) 및 HPV 검사가 포함됩니다. 결장 건강 검진에는 대변에 피가 섞여 있는지를 검사하는 대변 잠혈 검사(FOBT) 또는 집에서 테스트를 완료하고 담당 결과를 진료소/의료서비스 제공자에게 가져오는 FIT 가 포함됩니다. 대장 내시경검사 또는 S 상 결장경 검사를 받아야 할 수도 있습니다.

정보 공개 동의서

본인은 본인에 대한 진료, 자궁경부 검사, 유방 검사, 유방 조영상, 대변 잠혈 검사(FOBT/FIT), 대장내시경검사, S 상 결장경 검사, 그리고 BCCHP를 통해 본인이 받는 진료에 관한 모든 정보를 본인의 담당 의료진, 진료소, 병원, 건강 보험 플랜 및 BCCHP들이 서로 제공할 수 있다는 데에 동의합니다. 본인은 이 동의서가 본인이 본 동의서에 서명한 지 12개월 후에 만료되며, 서비스를 지속적으로 받으려면 12개월 후에 재등록해야 함을 이해합니다.

BCCHP에 공개되는 모든 정보는 기밀이 유지됩니다. 해당 정보는 본인, 본인의 BCCHP 서비스에 관련된 직원, 건강관리국(적용 가능한 경우 유방암 및 자궁경부암 치료 프로그램(BCCTP)에 대해) 그리고 보건국(BCCHP 자금 지원 출처)이 사용 가능합니다. 해당 정보는 위에 서술한 대로 BCCHP의 목적을 충족시키는 데 사용되며 BCCHP를 통한 공개 보고서에는 신원을 확인할 수 있는 프로그램 이용자들의 이름이 수록되지 않을 것입니다

본인은 이 프로그램의 참여가 자발적이며 언제든지 BCCHP 에서 탈퇴할 수 있고, 정보 공개에 대한 본인의 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다. 본인에게 유방암 및/또는 자궁암이 있는 것으로 진단되는 경우, Apple Health BCCTP 를 통해 치료를 받을 자격이 있음을 이해합니다. 그러한 경우 BCCHP 직원이 본인의 등록에 도움을 줄 것입니다. 본인이 받는 BCCHP 케이스 관리 서비스의 일환으로서, 본인은 치료에 동의해야 하고 기타 필요한 정보를 제공해야 함을 이해합니다. 검진을 받은 후 본인이 대장암이 있다는 것을 알게 되면, 본인의 치료비 지불 능력에 상관 없이, BCCHP 직원이 치료 방안을 찾는 데 도움을 드릴 것입니다.

만일 본인이 적격 여부 판정에 사용되는 어떠한 정보라도 조작하는 경우, 검진 비용을 지불할 책임이 있음을 이해합니다.

이 곳에 서명하십시오 _____ 날짜 _____

증인: 의료 기관 _____ 날짜 _____

이름을 이곳에 정자로 기입하십시오 _____

통역사(이용하는 경우) _____ 날짜 _____